

PARTO DOMICILIAR NO BRASIL: uma revisão integrativa
HOME CHILDBIRT ON BRAZIL: an integrative review
PARTO DOMICILIARIO EN BRASIL: una revisión integradora

Kamilla Lorena Gonçalves de Sousa¹

Juliana Machado Schardosim²

RESUMO

O objetivo do estudo foi conhecer a produção científica brasileira acerca do tema parto domiciliar, no período de 2004 a 2014. Trata-se de revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Bireme e Lilacs. A busca foi norteada por dois descritores: parto domiciliar e tocologia e foi refinada pelo idioma português e local de publicação Brasil devido ao objetivo do estudo. A amostra final constitui-se de 22 artigos. A partir da leitura e organização dos dados observou-se um quantitativo maior de publicações no ano de 2013 e o delineamento qualitativo foi o mais utilizado. Estudos quantitativos com resultados obstétricos e perinatais de partos domiciliares ainda não são comuns no Brasil, sendo encontrados com facilidade no exterior. Conclui-se que o movimento pró-parto normal, humanizado e/ou domiciliar é crescente no Brasil podendo estudos nacionais contribuir para uma mudança de cultura que impacte na redução das taxas de cesarianas neste país.

Descritores: Literatura de Revisão como Assunto; Parto Domiciliar; Tocologia.

ABSTRACT

To investigate the Brazilian scientific production concerning home birth, between the period of 2004 and 2014. It is an integrative literature review performed on Bireme and Lilacs databases. The search was guided by two descriptors: home birth and tokology, and it was refined by Portuguese language and place of publication in Brazil due the objective of the study. The final sample was constituted of 22 articles. Based on the reading and the data organization, it was observed a higher quantity of publications in the year of 2013, and the quantitative experimental design was the most utilized. Quantitative studies of obstetric and perinatal outcomes of home birth are not common in Brazil, though it can be found easily abroad. It is concluded that the pro-normal birth movement, humanized and/or home birth has been growing in Brazil, so that national studies contribute to a culture shift that impacts on reducing the rates of c-sections in this country.

Descriptors: Review Literature as Topic; Home Childbirth; Tokology.

¹ Acadêmica de Enfermagem da Universidade de Brasília – Faculdade de Ceilândia.

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Professora do curso de Graduação em Enfermagem Da UnB – FCE. Centro Metropolitano, Conjunto A, Lote 1, Brasília – DF. CEP:7220-900. Fone: (61)81326766. E-mail: julianamachado@unb.br

RESÚMEN

El objetivo del estudio fue conocer la literatura científica brasileña sobre el tema parto domiciliario, en el período de 2004 a 2014. Se trata de revisión integradora de la literatura en las bases de datos Bireme y Lilacs. La búsqueda se guió por dos descriptores: parto domiciliário y tocología y fue refinado por la lengua portuguesa y lugar de publicación Brasil debido a la finalidad del estudio. La muestra final contiene 22 artículos. A partir de la lectura y organización de datos se detectó que había más publicaciones en 2013 y el diseño cualitativo fue más utilizado. Estudios cuantitativos con resultados obstétricos y perinatales de partos domiciliarios no son comunes en Brasil, em general comunes en el extranjero. Llegamos a la conclusión de que el movimiento a favor de parto humanizado/ domiciliário es creciente en Brasil y estudios brasileños pueden contrinuir a un cambio cultural que inciden en reducción de tasas de cesárea en este país.

Descriptores: Literatura de Revisión como Asunto; Parto Domiciliario; Tocología.

INTRODUÇÃO

A atenção ao parto passou por transformações ao longo de séculos. A importância das parteiras é amplamente reconhecida em diferentes sociedades, visto que estas proporcionavam às mulheres a ajuda necessária no momento do parto em uma época em que não se tinha a medicina enquanto ciência. Ser mãe reflete mudanças biopsicossociais nas vidas das mulheres. Desde a concepção até o nascimento da criança é necessária assistência adequada para a manutenção do bem estar do binômio mãe-bebê e desfecho satisfatório da gestação.^(1,2)

Com o passar dos séculos e desenvolvimento da medicina as parteiras deram lugar a profissionais de distintas áreas. Os partos, anteriormente domiciliares, passaram a ser realizados em ambiente hospitalar para atender uma maior demanda populacional, no mundo ocidental tornaram-se predominantemente hospitalares. No Brasil até mesmo os partos ditos humanizados na atualidade são majoritariamente realizados em instituições hospitalares. A equipe profissional multidisciplinar atuante na atenção ao parto é formada atualmente por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, entre outros que colaboram para tornarem mães diversas mulheres.^(3,4)

Devido a fatores como a grande demanda e o sucateamento dos hospitais públicos, muitas mulheres sofrem no momento do parto, sem a assistência humanizada para parir. Mães desrespeitadas, direitos violados, infraestrutura inadequada, falta de materiais, falta de preparo de profissionais para a realização de partos mais humanizados são imagens cotidianamente

presentes em muitas instituições hospitalares - principalmente públicas – em nosso país. Estes, entre outros fatores, influenciaram diretamente na cultura brasileira e por consequência as taxas de realização de cesarianas no Brasil vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. ^(5,3,4,6,7) Dados oficiais da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS apontam, no Brasil no ano de 2013, que o percentual de cesáreas foi em média 84,5% na saúde suplementar. Dados do Sinasc apontaram, no mesmo ano, 56,6% de cesarianas na rede pública, porém a Organização Mundial de Saúde – OMS, recomenda uma taxa média de 15% de cesarianas que seriam as cesáreas indicadas por causas não evitáveis. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

No âmbito do Brasil, pode se observar que as mulheres que optam pelo parto domiciliar são socialmente reconhecidas como irresponsáveis e adeptas de um modismo. Já os profissionais envolvidos, recebem pouco incentivo e/ou são perseguidos, inclusive, pelos próprios conselhos regulamentadores. Os motivos que levam as mulheres a parir no domicílio são pouco compreendidos pela sociedade. No parto domiciliar a parturiente e sua família abdicam da tecnologia, modernidade e suposta segurança que se encontra nos hospitais/maternidades atuais. Sabe-se que em países como Holanda, Canadá e Austrália este modelo assistencial é reconhecido como seguro e estimulado pelo sistema de saúde. ⁽¹¹⁾

Acredita-se que no domicílio a parturiente é sujeito ativo durante o trabalho de parto e parto, deste modo mantém-se menos ansiosa e confia mais na fisiologia do próprio corpo favorecendo desfechos positivos. O domicílio como cenário ideal para o parto justifica-se por possibilitar conforto e liberdade para as escolhas das mulheres. ⁽¹²⁾

Devido à institucionalização do parto e seus fatores associados, construiu-se socialmente uma visão de parto associada à patologia, ao risco e sofrimento. Essa forma de compreender e assistir ao parto foi sendo incorporada às escolas médicas, caracterizando o fenômeno da gestação/parto como um processo não mais ligado à saúde, e sim à doença. Essa concepção ainda é a prevalente na atualidade e pode ser considerada como um segundo momento da assistência obstétrica no Brasil. ^(8,11)

Com o objetivo de mudar esse cenário criou-se um novo modelo denominado parto humanizado. A premissa básica deste é o respeito às escolhas da parturiente, dentro do limite de segurança do binômio mãe-bebê. Respeita-se sua escolha sobre o local, a posição de parir, as técnicas de manejo não farmacológicos de alívio da dor, etc. Com isso, elas elaboram seu plano de parto refletindo sobre seu papel de protagonista durante o processo parturição. Esforços governamentais por meio de Políticas e Programas de Saúde vêm sendo ampliados nos últimos anos ao encontro deste novo modelo de atenção. ⁽¹¹⁾

O atendimento ao parto domiciliar planejado inclui atividades iniciadas no pré-natal, a assistência à mulher no parto e pós-parto imediato, até o 10º dia de puerpério. Avalia-se o risco clínico/obstétrico de acordo com um protocolo de atendimento. Quando atendem aos critérios (gestação de risco habitual, com feto único, a termo e em posição cefálica; com até uma cesariana prévia, realizada no mínimo 2 anos antes da gestação atual) iniciam o pré-natal com as enfermeiras. A partir de 37 semanas de gestação o pré-natal passa a ser desenvolvido no domicílio semanalmente até o parto. Desde a primeira consulta são abordados aspectos para a construção de um “plano B” que consiste no planejamento de transferência para o hospital em caso eventual de complicações.⁽¹³⁾

O parto domiciliar, quando planejado e assistido por profissionais qualificados, apresenta bons desfechos maternos e neonatais, mesmo quando há transferência intraparto para a instituição hospitalar.⁽¹³⁾ Salienta-se que dados encontrados na literatura apontam que nenhum ambiente é isento de riscos para realização do parto, inclusive instituições hospitalares.

Diante do exposto o objetivo deste estudo consistiu em conhecer a produção científica brasileira acerca do tema parto domiciliar, no período de 2004 a 2014.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a qual propõe o estabelecimento de critérios bem definidos sobre a coleta de dados, análise e apresentação dos resultados. Para tanto, foram adotadas as seis etapas indicadas para a constituição da revisão integrativa da literatura: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) representação dos estudos selecionados em formato de tabela; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada.⁽¹⁴⁾

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Bireme e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os descritores utilizados na busca dos artigos foram parto domiciliar e tologia, conforme a classificação dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Optou-se por realizar buscas independentes com os descritores, pois inicialmente havia sido definido apenas o descritor parto domiciliar, sendo a tologia um descritor identificado durante a construção do estudo.

Os critérios de inclusão adotados foram: abordar o tema parto domiciliar, ser publicação brasileira e ter sido publicado nos anos que compreendem o recorte temporal 2004

a 2014. Foram excluídos artigos que não possuíam texto completo acessível de forma gratuita, com delineamento de revisão da literatura, estudos que não apresentavam resultados e/ou métodos de forma clara. Salienta-se que estudos encontrados nas duas bases de dados serão incluídos apenas uma vez na amostra final.

Os aspectos éticos foram preservados, na medida em que os nomes dos autores consultados estão referenciados ao longo do texto, juntamente com o ano de publicação da obra, conforme previsto na Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, que trata dos Direitos Autorais.⁽¹⁵⁾

RESULTADOS

Na busca inicial, utilizando o descritor parto domiciliar, no banco de dados Bireme apareceram 6.399 artigos. Refinando-se a busca para estudos procedentes do Brasil reduziu-se a amostra para 87 estudos, destes apenas 63 foram publicados em português e chegou-se a uma amostra de 40 estudos devido ao corte temporal dos últimos 10 anos. Posteriormente foi executado o mesmo processo no banco de dados LILACS, encontrou-se 242 artigos na busca inicial por meio do descritor parto domiciliar, reduzindo-se para 48 estudos após filtrar pela procedência, refinando a busca com o idioma português encontrou-se 42 artigos, e por fim, após delimitar o período de publicação de interesse foram encontrados 30 publicações.

Além do descritor parto domiciliar decidiu-se utilizar o descritor tocologia. No banco de dados Bireme apareceram inicialmente 15.628 artigos. Após refinar a busca pela procedência brasileira a amostra foi reduzida para 45 publicações, filtrando pelo idioma português reduziu-se para 30 artigos e após o recorte temporal chegou-se a 29 estudos. A busca inicial por este mesmo descritor no banco de dados LILACS identificou 99 artigos, reduzindo esta amostra para 28 após selecionar os estudos brasileiros, refinando a busca com o idioma português chegou-se a 25 artigos, e por fim, após delimitar o período de publicação de interesse chegou-se a 20 publicações.

Partindo da amostra inicial de 119 artigos (69 do banco de dados Bireme e 50 da base de dados LILACS) procedeu-se à busca do texto completo, reduzindo-se a amostra neste momento para 52 estudos. Após a leitura dos títulos e resumos foram descartadas 5 publicações pois não abordavam o tema parto domiciliar, reduzindo-se a amostra para 47 artigos.

Partindo desta amostra, adotou-se o procedimento de elaboração e preenchimento de ficha de leitura para melhor visualização e organização dos dados obtidos. Da amostra total de

47 publicações, 25 foram excluídos, sendo: 5 estudos que não apresentavam método e/ou resultados de forma clara, 7 que não abordavam o tema, 4 eram estudos de revisão e 9 artigos eram iguais. Após tais exclusões permaneceram na amostra final deste estudo de revisão 22 artigos.

Observa-se que no ano de 2013 obtiveram-se mais publicações. As áreas de formação dos autores são diversas, porém a categoria profissional que mais publica artigo de tais temáticas são os enfermeiros, tanto generalista quando os especialistas em obstetrícia. O tipo de delineamento mais utilizado nos estudos incluídos na amostra final foi o qualitativo.

Com a leitura completa de todos os artigos, analisando os objetivos e principais resultados destes, observa que na amostra estudada sete estudos investigaram desfechos do parto e suas complicações; quatro estudos procuram descrever ou analisar a capacidade/dinamismo dos profissionais nos diversos tipos de partos e em seus exercícios profissionais; três artigos falavam sobre o protagonismo de mulheres no parto domiciliar e seis falavam sobre a vivência das parteiras principalmente no Norte e Nordeste do país; um artigo falou sobre a situação dos acompanhantes dos diversos tipos de parto; um trouxe atuações do enfermeiro obstetra diante ao parto, o qual demonstra menores taxas de episiotomias e um discorre sobre o pós parto do parto domiciliar. As características dos estudos incluídos na amostra final encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 – Características dos estudos incluídos, considerados autores, ano de publicação, delineamento e amostra.

Autores/ de Publicação	Ano	Local de Execução do Estudo	Delineamento	Amostra
Souza et al 2014 ⁽¹⁶⁾		Rio de Janeiro	Qualitativo do tipo História de Vida	Cinco parturientes que vivenciaram o parto domiciliar
Sanfelice et al., 2014 ⁽¹⁷⁾		São Paulo	Descritivo qualitativo	17.000 mulheres
Barbosa et al, 2013 ⁽¹⁸⁾		Rio de Janeiro	Qualitativo do tipo história oral temática	Cinco parturientes que vivenciaram o parto domiciliar
Koettker et al, 2013 ⁽¹³⁾		São Paulo	Descritivo exploratório	11 mulheres e seus recém-nascidos
Frank; Pelloso, 2013 ⁽¹⁹⁾		Paraná	Descritivo qualitativo	Oito profissionais que atuaram em partos domiciliares
Feyer et al, 2013 ⁽²⁰⁾		Santa Catarina	Descritivo exploratório	25 casais
Brüggemann et al, 2013 ⁽²¹⁾		Santa Catarina	Quantitativo descritivo	138 serviços de saúde, vinculados ao SUS, que prestam assistência ao parto em SC
Koettker et al,		Santa	Transversal	Amostra foi composta por 100

2012 ⁽²²⁾	Catarina	retrospectivo		parturientes assistidas de 2005 a 2009 pelas enfermeiras da Equipe Hanami
Winck et al, 2012 ⁽²³⁾	Santa Catarina	Qualitativo exploratório		11 enfermeiras atuantes na assistência ao parto
Figueiredo et al, 2011 ⁽²⁴⁾	Rio de Janeiro	Transversal quantitativo		447 partos vaginais assistidos por enfermeiros que ocorreram em 2008 no RJ
Gregório; Padilha, 2012 ⁽²⁵⁾	Santa Catarina	Qualitativo abordagem histórica	com sócio	Nove enfermeiras que atendem partos
Meller; Schäfer, 2011 ⁽²⁶⁾	Estudo de base Nacional	Transversal		15.575 mulheres de 15-49 anos
Narchi, 2009 ⁽²⁷⁾	São Paulo	Descritivo exploratório		62 enfermeiros atuantes na atenção ao parto nos hospitais selecionados
Nascimento et al, 2009 ⁽²⁸⁾	Santa Catarina	Descritivo exploratório		29 parteiras
Medeiros et al, 2008 ⁽¹²⁾	Rio de Janeiro	Qualitativo		Seis mulheres que vivenciaram o parto domiciliar em grandes centros urbanos
Dias, 2007 ⁽²⁹⁾	Paraíba	Qualitativo do tipo História Temática	Oral	Sete parteiras tradicionais
Borges et al, 2007 ⁽³⁰⁾	Distrito Federal	Descritivo exploratório de abordagem qualitativa		Quatro parteiras
Acker et al, 2006 ⁽³¹⁾	Rio Grande do Sul	Qualitativo		Quatro parteiras
Penna et al, 2006 ⁽³²⁾	Rio de Janeiro	Qualitativo		Oito mulheres, sendo três primíparas e cinco multíparas.
Reis; Patrício, 2005 ⁽³³⁾	Santa Catarina	Qualitativo		11 parturientes em situação de trabalho de parto, 11 acompanhantes, 11 recém-nascidos e 10 profissionais que trabalham no centro obstétrico
Almeida et al, 2005 ⁽³⁴⁾	São Paulo	Caso-controle de base populacional		726 eventos, sendo 705 (97,1%) nascimentos hospitalares e 21 domiciliares (2,9%)
Cecagno; Almeida, 2004 ⁽³⁵⁾	Rio Grande do Sul	Qualitativo descritivo exploratório		Seis mulheres

Sobre os resultados obstétricos em partos domiciliares no Brasil, estudos evidenciaram a partir de uma amostra de 100 parturientes assistidas por enfermeiras no domicílio, que houve apenas 11 transferências para instituições de saúde durante o trabalho de parto, sendo a cesariana o desfecho em somente nove casos. Nove mulheres tinham cesariana prévia e,

destas, cinco pariram no domicílio. Foi realizada amniotomia em apenas oito parturientes. Não houve alterações dos batimentos cardíacos fetais em 94 dos casos; em 61 o traçado do partograma manteve-se normal. O tempo transcorrido entre a primeira avaliação e o parto foi menor que cinco horas em 46 casos. Apenas um recém-nascido apresentou Apgar menor de sete no 5º minuto. As mulheres foram apoiadas por acompanhantes durante o parto, 60 delas tiveram mais de um e 98 contaram com a presença do companheiro. Os estudos salientam que os dados são compatíveis com informações de estudos realizados na Suíça e Canadá. ^(22,13)

Os estudos que abordaram a história do parto ou atuação das parteiras comentam que até séculos passados as parteiras eram as profissionais que realizavam os partos em boa parte do mundo. O parto veio deixando de ser algo natural/domiciliar e passou a ser um procedimento institucionalizado, onde o protagonista é o obstetra e não a mulher, deste modo um processo fisiológico passou a ser considerado como patológico com necessidade de medicalização. ^(35, 29,28)

Nas regiões Norte e Nordeste do Brasil muitos partos acontecem ainda nos domicílios com a ajuda de parteiras. O Ministério da Saúde – MS, através dos Programas de Assistência ao Parto Domiciliar por Parteiras Tradicionais e do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, dos Manuais Trabalhando com as Parteiras Tradicionais e do Livro da Parteira, trazem como um de seus objetivos tornar visível a figura da parteira tradicional, definindo o conjunto dessas pessoas como um grupo que se destaca e merece referência no processo de humanização do parto e do nascimento. ^(35, 29, 28, 18)

Com o resgate da humanização do parto, muitos profissionais estão deixando de trabalhar de forma tão intervencionista, entendendo o protagonismo da mulher neste processo. O modelo médico contemporâneo, centrado na doença e ações curativas, ainda é hegemônico no Brasil. Este modelo propõe ações intervencionistas no parto, sendo muitas vezes impostos aos profissionais pelas instituições, assim alguns profissionais de saúde, principalmente enfermeiros obstetras, que buscam romper tal modelo sentem-se obrigados a buscar outros ambientes para trabalhar de forma mais humanizada. ^(19, 17, 16)

DISCUSSÃO

A partir da revisão integrativa observou-se que a produção científica brasileira sobre o tema parto domiciliar no período consultado possui diferentes delineamentos e focos (desfechos maternos e perinatais, história das parteiras tradicionais, história do parto em si e ainda ações de profissionais no atendimento ao parto).

O cômputo dos resultados obstétricos e perinatais de partos domiciliares planejados como estatística nacional ainda não é possível no Brasil, uma vez que o Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) compila os dados oficiais mediante preenchimento de Declaração de Nascido Vivo (DNV). A DNV ainda não é fornecida aos profissionais que atendem partos domiciliares planejados, portanto as evidências sobre estes atendimentos não são de base populacional, comprometendo a confiabilidade dos dados.⁽²²⁾ Os poucos estudos encontrados apontaram segurança na realização do parto domiciliar conforme descrito nos resultados, diminuição no tempo total do trabalho de parto, baixa incidência de transferências ao hospital e poucos desfechos com cesariana.

Estudo realizado na Inglaterra mostra que mulheres saudáveis com gravidez de risco habitual, apresentam resultados perinatais adversos baixos em todas as configurações de nascimento, tanto em um parto domiciliar quanto na unidade obstétrica. E também que as mulheres múltiparas saudáveis com gravidez de risco habitual, não apresentam diferenças nos resultados perinatais adversos entre os partos domiciliares planejados com os partos institucionalizados.⁽³⁶⁾

É importante diferenciar os partos domiciliares não planejados ou acidentais e planejados, visto que nos partos não planejados observa-se aumento da incidência de complicações maternas e/ou perinatais.^(37, 38, 39, 40, 34) Observa-se bons resultados relacionados aos desfechos em partos ditos planejados.^(41,42) A ampla discussão envolvida com o parto domiciliar se dá pelo fato de ser considerado, para a medicina contemporânea, um ato de retrocesso frente a tantos avanços e recursos que a saúde dispõe na atualidade, colocando em risco a saúde da mulher e seu recém-nascido.⁽¹¹⁾

Estudo realizado na Holanda comparou os desfechos de 92.333 partos domiciliares e 54.419 partos hospitalares. Observou-se a incidência de morbidade materna severa sendo em nulíparas 2,3 e 3,1 para cada mil nascimentos no domicílio e no hospital respectivamente. Em múltiparas a incidência foi de 1 e 2,3 no domicílio e no hospital respectivamente. Para o desfecho hemorragia pós-parto em nulíparas a incidência foi de 43,1 e 43,3 por mil nascimentos no domicílio e no hospital respectivamente, enquanto em múltiparas foi 19,6 e 37,6 por mil nascimentos no domicílio e no hospital. A remoção manual da placenta em nulíparas apresentou incidência de 29,0 e 29,8 por mil nascimentos no domicílio e no hospital respectivamente, em múltiparas nota-se diferença ainda maior sendo 8,5 e 19,6 por mil nascimentos no domicílio e no hospital respectivamente.⁽⁴²⁾ Estes achados vão ao encontro de outros estudos nacionais e internacionais demonstrando segurança na execução do parto no domicílio. Além destes achados outros estudos evidenciaram baixas taxas de intervenções

obstétricas e que não aumenta as taxas de mortalidade perinatal quando o parto ocorre no ambiente domiciliar. ^(41, 11)

O parto domiciliar possui suas peculiaridades, que se distinguem do parto vaginal no ambiente hospitalar. Há a valorização da mulher, do recém-nascido e do pai do bebê como sujeitos do parto e a identificação da mulher com o seu ambiente. ⁽¹⁶⁾ A parturiente, ao estar em seu lar junto de pessoas de seu vínculo afetivo e de sua escolha, apresenta menor ansiedade durante o trabalho de parto, colaborando assim, para que este seja mais rápido, menos doloroso, com menor ocorrência de complicações e mais significativo para a mulher e sua família. ^(43, 16) A escolha por um parto natural, no ambiente domiciliar, possui um significado de libertação de tudo aquilo que o sistema de saúde oferece em relação à assistência a mulher. ⁽¹⁶⁾

As decisões sobre a escolha da via de parto são decorrentes de um processo que ocorre desde antes da concepção até o momento do parto em si. Este processo decisório envolve vários fatores (a história do próprio nascimento da parturiente, a história familiar de partos, entre outros). ^(12,16) Em decorrência de influências do avanço da ciência, os ritos que cercam o nascimento modificaram-se ao longo do tempo. O nascimento já foi parte do cotidiano das famílias, acompanhado por parteiras no domicílio e marcado por grande envolvimento afetivo, permitia que a natureza agisse sem interferências. ⁽³¹⁾

A partir de 1930 houve a efetiva institucionalização do parto nos hospitais, quando o índice de partos hospitalares ultrapassou o de partos domiciliares, tornando-se um ato quase que exclusivamente médico. ⁽⁴⁴⁾ A institucionalização do atendimento médico e do parto torna-o medicalizado. Consequentemente, a mulher deixa de ser sujeito da ação para tornar-se objeto. Além disso, a internação hospitalar favorece a separação da gestante de sua família, despoja a mulher de suas referências e torna-a uma propriedade da instituição. ⁽³¹⁾

O avanço tecnológico e científico é de grande importância na obstetrícia para a assistência à gestante e ao parto de alto risco. Estudo demonstrou que fatores que favoreceram a ocorrência de um parto vaginal de evolução fisiológica no ambiente domiciliar foram: a posição do parto, que geralmente é verticalizada, a liberdade de movimento, pouca ou nenhuma intervenção, a presença de familiares que fazem diminuir a tensão e ansiedade, dando apoio psicológico. ⁽⁴⁵⁾

Em alguns estudos observa-se que a escolha pelo parto domiciliar em grandes centros urbanos acontece pelo fato que as mulheres possuem acesso a informações a respeito dos tipos de parto, elemento que pareceu ter grande influência na opção da mulher e sua família pelo parto domiciliar planejado. ^(46,12) Durante o pré-natal a gestante tem o direito à

informação sobre as vias de parto, a escolha do seu acompanhante, etc., são direitos humanos e direitos reprodutivos, apontados em vários instrumentos legais nacionais e internacionais. (47, 12)

O domicílio é reconhecido pelo Ministério da Saúde e pela OMS como um local adequado e seguro para o parto, em função de seus resultados obstétricos desde que seja da escolha da mulher e que ela e sua família recebam um cuidado seguro no momento do parto. (8,19)

Estudo desenvolvido por Frank e Pelloso (2013) apontou que o domicílio enquanto local de cuidado no parto trouxe vários elementos que favoreceram um dos principais requisitos para o resgate da humanização no processo de nascimento: a autonomia da mulher. No domicílio ela se torna sujeito ativo de seu parto, resgatando para si o próprio parto e o controle sobre seu corpo, tendo a oportunidade de atuar, de fazer suas escolhas com segurança, sem se inibir.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final do estudo conclui-se que houve uma mudança no modelo de assistência ao parto no início do século XX mediada pelo avanço da medicina e uma promessa de parto sem risco e/ ou sem dor o que levou à institucionalização do parto. Neste novo modelo assistencial o parto deixou de ser um ato fisiológico onde a mulher era a protagonista e passou a ser patológico e medicalizado centrado no médico.

Devido ao movimento de institucionalização do parto em muitos locais a profissão de parteira foi extinta, permanecendo até os dias atuais apenas em locais longínquos onde muitas vezes não se tem assistência médica. Nos últimos anos percebe-se na mídia e na academia um movimento de resgate do protagonismo da mulher no denominado parto humanizado e juntamente com o parto humanizado é crescente a procura das mulheres pelo parto domiciliar planejado.

O Ministério da Saúde vem lançando Políticas e Programas de Saúde a fim de incentivar as práticas humanizadoras na atenção ao parto. Mesmo com estes incentivos governamentais nota-se resistência por parte de alguns profissionais e instituições, por isso muitas mulheres estão de certo modo fugindo do parto hospitalar para o parto domiciliar, para que suas escolhas sejam respeitadas dentro do limite de segurança para o binômio mãe-bebê.

No Brasil necessita ainda uma mudança cultural para que este modelo de parto seja aceito como seguro, porém, em outros países encontram-se muitos estudos, inclusive de base

populacional, que evidenciam a segurança do domicílio como local de parto. Os estudos recentes sobre atuação das parteiras ressaltam sua importante atuação nos locais de difícil acesso às instituições de saúde e onde não se tem médico, principalmente nas regiões norte e nordeste do Brasil. Cabe salientar que não se tem dados brasileiros de base populacional sobre os desfechos em partos domiciliares planejados, pois o Sinasc é alimentado com as informações das DNVs e estas ainda não são disponibilizadas aos profissionais que atendem partos nos domicílios.

Salienta-se que o parto domiciliar é considerado por muitas parturientes como a melhor forma de parir, pois elas podem ser as protagonistas de seus partos e estão em ambiente conhecido cercada de sua família. Desta forma, cabe aos profissionais de saúde refletirem sobre as vantagens e desvantagens de cada tipo de parto, pensando em benefícios para a mulher e para o recém-nascido e além de tudo quais seriam as condições mais humanas e seguras para o binômio – mãe-filho.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil, Ministério da Saúde. Parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais: o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais e experiências exemplares. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011. 92p.
- 2 Brasil, Ministério da Saúde. Livro da parteira tradicional. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 174p.
- 3 Castro JC, Clapis MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem. 2005; 13(6): 960-7.
- 4 Griboski RA, Guilhem D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1): 107-14.
- 5 Caron OAF, Silva IA. Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. Rev Latino-am Enfermagem. 2002; 10(4): 485-92.
- 6 Figueiredo NSV, Barbosa MCA, Silva TAS, Passarini TM, Lana BN, Barreto J. Fatores culturais determinantes da escolha da via de parto por gestantes. HU Revista. 2010; 36(4): 296-306.
- 7 Bittencourt F; Vieira JB, Almeida ACCH. Concepção de gestantes sobre o parto cesariano. Cogitare Enferm. 2013; 18(3): 515-20.

- 8 World Health Organization (WHO). Maternal and Newborn Care/ Safe Motherhood Unit of the World Health Organization/ Care in Normal Birth: a practical guide. Geneva: OMS 1996. 93p.
- 9 Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS. Nascimentos por tipo de parto segundo região [página na internet]. Brasília: MS; 2013. [acesso em 2015 Jun 21] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- 10 ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar [página na internet]. Brasília: ANS; 2013 [atualizado 2014 Jan 08; acesso em 2015 Jun 21]. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/taxas-de-partos-cesareos-por-operadora-de-plano-de-saude>
- 11 Sanfelice, CFO, Shimo AKK. Parto domiciliar: avanço ou retrocesso? Rev Gaúcha Enferm. 2014; 35(1): 157-160a.
- 12 Medeiros RMK, Santos IMM, Silva LR. A escolha pelo parto domiciliar. Esc Anna Nery Rev Enferm 2008; 12 (4): 765-72.
- 13 Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM. Partos domiciliares planejados assistidos por enfermeiras obstétricas: transferências maternas e neonatais. Rev Esc Enferm USP 2013; 47(1): 15-21.
- 14 Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. Res Nurs Health. 1987;10(1): 1-11.
- 15 Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio (BR). Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998: altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília (DF); 1998.
- 16 Souza RM, Soares LS, Quitete JB. Parto natural domiciliar: um poder da natureza feminina e um desafio para a enfermagem obstétrica. J. res.: fundam. care. [Internet]. 2014. [acesso 8 de março de 2015] 6(1): 118-131.
- 17 Sanfelice CFO, Abbud FSF, Pregnotatto OS, Silva MG, Shimo AKK. Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. Rev Rene. 2014; 15(2): 362-70b.
- 18 Barbosa CM, Dias MD, Medeiros MSSS, Caricio MR, Medeiros APDS. Mulheres e parteiras tradicionais: práticas de cuidado durante o processo de parto e nascimento em domicílio. R. pesq. cuid. fundam. 2013; 5(1): 3206-20
- 19 Frank TC, Pelloso SM. A percepção dos profissionais sobre a assistência ao parto domiciliar planejado. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(1): 22-29.
- 20 Feyer ISS, Monticelli M, Knobel R. Perfil de casais que optam pelo parto domiciliar assistido por enfermeiras obstétricas. Esc Anna Nery 2013; 17 (2):298 – 305.

- 21 Brüggemann OM, Oliveir ME, Martins HEL, Alves MC, Gayeski ME. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Esc Anna Nery*. 2013; 17 (3):432 – 438.
- 22 Koettker JG, Brüggemann OM, Dufloth RM, Knobel R, Monticelli M. Resultado de partos domiciliares atendidos por enfermeiras de 2005 a 2009 em Florianópolis, SC. *Rev Saúde Pública* 2012; 46(4): 747-50.
- 23 Winck DR, Brüggemann OM, Moticelli M. A responsabilidade profissional na assistência ao parto: discursos de enfermeiras obstétricas. *Esc Anna Nery* 2012; 16 (2):363-370.
- 24 Figueiredo GS, Santos TTR, Reis CSC, Mouta RJO, Proganti JM, Vargens OMC. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2011; 19(2):181-5.
- 25 Gregório VRP, Padilha MICS. Historia do cuidado a mulher na Maternidade Carmela Dutra, Florianopolis-SC, Brasil (1956-2001). *Rev Bras Enferm*, Brasília 2012; 65(5): 767-74.
- 26 Meller FO, Schäfer AA. Fatores associados ao tipo de parto em mulheres brasileiras: PNDS 2006. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 16(9):3829-3835.
- 27 Narchi NZ. Atenção ao parto por enfermeiros na Zona Leste do município de São Paulo. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2009; 62(4): 546-51.
- 28 Nascimento KC, Santos EKA, Erdmann AL, Nascimento Júnior HJ, Carvalho JN. A arte de partejar: experiência de cuidado das parteiras tradicionais de Envira/AM. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009; 13 (2): 319-27.
- 29 Dias MD. Histórias de vida: as parteiras tradicionais e o nascimento em casa. *Rev. Eletr. Enf.* 2007; 9(2): 476-88 [online] [acesso em 22 de fevereiro de 2015];. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a14.htm>.
- 30 Borges MS, Pinho DLM, Guilhen D. A construção do cuidado das parteiras tradicionais: um saber/fazer edificante. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2007; 60(3):317-22
- 31 Acker JIBV, Annoni F, Carreno I, Hahn GV, Medeiros CRG. As parteiras e o cuidado com o nascimento. *Rev Bras Enferm* 2006 set-out; 59(5): 647-51.
- 32 Penna LHG, Carinhonha JI, Rodrigues RF. A mulher no pós-parto domiciliar: uma investigação sobre essa vivência. *Esc Anna Nery R Enferm* 2006; 10(3): 448 - 55.
- 33 Reis AE, Patrício ZM. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10 (sup): 221-230.

- 34 Almeida MF, Alencar GP, Novaes MHD, França JI, Siqueira AA, Schoeps D, et al. Partos domiciliares acidentais na região sul do Município de São Paulo. *Ver Saúde Pública* 2005; 39 (3): 366-75.
- 35 Cecagno S, Almeida FDO. Parto domiciliar assistido por parteiras em meados do século XX num ótica cultural. *Texto Contexto Enferm* 2004; 13(3): 409-13.
- 36 BMJ - Birthplace in England Collaborative Group. Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ* 2011 23:343:d7400.
- 37 Northern Region Perinatal Mortality Survey Coordinating Group. Collaborative survey of perinatal loss in planned and unplanned home births. *BMJ* 1996; 313: 1306-9.
- 38 Viisainen K, Gissler M, Hartikainen AL, Hemminki E. Accidental out-of-hospital births in Finland: incidence and geographical distribution 1963 – 1995. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78(5): 372-8.
- 39 Rodie VA, Thomson AJ, Norman JE. Accidental out-of-hospital deliveries: an obstetric and neonatal case control study. *Act Obstet Gynecol Scand* 2002; 81(1): 50-4.
- 40 Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, HersHKovitz R, Sheiner EK, Mazor M. Accidental out-of-hospital delivery as an independent risk factor for perinatal mortality. *J Reprod Med* 2002; 47(8): 625-30.
- 41 Jonge A, van der Goes BY, Ravelli AC, Amelink-Verburg MP, Mol BW, Nijhuis JG, et al. Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG* 2009;116(9):1177-84.
- 42 Jonge A, Mesman JAJM, Manniën J, Zwart JJ, van Dillen J, van Roosmalen J. Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands: nationwide cohort study. *BMJ* 2013; 346-f3263.
- 43 Koettker JG. Parto domiciliar planejado assistido por enfermeiras [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.
- 44 Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre (RS): ARTMED; 2003.432 p.
- 45 Crizóstomo CD, Nery IS, Luz MHB. A vivência de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm* 2007; 11 (1): 98 - 104.
- 46 Lessa HF. Parto em casa: vivências de mulheres. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2003.
- 47 Diniz SG, Duarte AC. Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber e todo homem também. *Comunic, Saúde, Educ*, 2004;9(17):414-16.